ERRATA

———

3, Mars 1912 : Page 258, alinéa 7, ligne 1 : *au lieu de* 1838, *lisez* : 4 janvier 1828.

— — Page 259, figure : *au lieu de* Kœberlé (1838), *lisez* : Kœberlé (1828).

(6.)

REUNION OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE NANCY

Séance du 17 Avril 1912.



Président : M. F. GROSS.

SOMMAIRE

Lecture de la correspondance.

COMMUNICATIONS. — I. M. **Sencert**. Un cas d'épithélioma primitif de la trompe. — II. M. **Job**. Gangrène utérine traumatique d'origine abortive. *Discussion :* MM. Michel, Herrgott, Vautrin, Weiss, Job, Remy, G. Gross, Job, F. Gross. — III. M. **Spire**. Polype placentaire (préparations microscopiques). *Discussion :* MM. Vautrin, Herrgott, Vautrin, Spire, Remy, Vautrin, Spire. — IV. MM. **Fruhinsholz** et **Michel**. Dystocie suite d'hystéropexie; opération césarienne et hystérectomie. *Discussion :* MM. Michel, Vautrin, G. Gross, Herrgott, Remy, Fruhinsholz.



COMMUNICATIONS

I

A propos d'un cas de papillome de la trompe

Par M. L. SENCERT.

La grande rareté des épihéliomas papillaires de la trompe nous incite à rapporter l'observation suivante :

Le 16 octobre 1911 se présente à l'hôpital civil de Nancy une femme de 38 ans, Mme C. M..., mariée, mère de deux enfants, se plaignant de douleurs abdominales et pelviennes très vives, qui depuis quelque temps ne lui laissent plus aucun repos.

Les antécédents héréditaires et personnels de cette femme sont, au point de vue gynécologique, sans intérêt. Ses grossesses et ses couches furent normales ; la dernière remonte à 8 ans.

Il y a deux ans que, pour la première fois, la malade a ressenti des douleurs dans le bas-ventre et le bassin. Ces douleurs étaient d'abord d'apparition et de durée irrégulières, survenant tous les 2 ou 3 mois et persistant 8, 10 ou 15 jours. Dès cette époque, elles étaient accompagnées de flux leucorrhéique intermittent. Ces douleurs apparaissaient sous forme de crises, de coliques, siégeant dans le bas-ventre et s'irradiant dans le dos, dans les lombes. La menstruation n'était d'abord que très peu modifiée, légèrement augmentée en quantité et en durée. La leucorrhée intermenstruelle est peu à peu devenue très abondante.

Au moment de son entrée à l'hôpital, cette femme, de constitution primitivement robuste, se plaint d'être fatiguée, sans force, et d'avoir considérablement maigri. Elle attire notre attention sur les symptômes capitaux de sa maladie : douleurs pelviennes, coliques et leucorrhée intermittente. En réalité, cette leucorrhée constitue plutôt des pertes aqueuses, intermittentes, parfois très abondantes et légèrement striées de sang.

A l'examen de la malade, on constate que le ventre est plat, non distendu, souple, sans trace de circulation collatérale. Au palper, on perçoit à droite, accolée au détroit supérieur du bassin, et perceptible seulement à la partie interne de la fosse iliaque droite, une masse de forme et de consistance régulières, arrondie, dure et fixe. On ne sent pas le fond de l'utérus sur la ligne médiane. Par le toucher vaginal, on se rend compte que l'utérus est légèrement abaissé ; dans le cul-de-sac latéral droit et dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur dure, de forme régulière, accolée à l'utérus avec lequel elle semble faire corps. Par le palper bimanuel, on se rend compte que cette masse, bien qu'intimement accolée à l'utérus, en est indé-

pendante; qu'elle a les dimensions d'une orange, qu'elle est dure, très fixe et douloureuse à la pression.

L'examen physique actuel semble devoir faire porter le diagnostic d'annexite; mais on fait des réserves, à cause de l'apparition tardive des phénomènes douloureux et des pertes, loin de toute période puerpérale ou gonococcique.

Le 19 octobre 1911, laparotomie médiane sous-ombilicale, sous l'anesthésie chloroformique. Le ventre ouvert, on constate que toute la partie droite de l'excavation pelvienne est remplie par une tumeur, grosse comme le poing, qui a refoulé l'utérus et les annexes gauches, contre la paroi pelvienne gauche. L'utérus est normal, les annexes gauches sont saines. A la partie postéro-supérieure de la tumeur, tout contre le sacrum, on aperçoit l'ovaire droit en apparence normal. La tumeur est évidemment constituée par la trompe droite, fortement adhérente en arrière et sur les côtés aux parois pelviennes, en dedans à l'utérus. Me rendant compte qu'il est impossible de la décoller d'emblée, je pratique d'abord l'ablation des annexes gauches et l'hystérectomie totale. Même l'utérus enlevé, le décollement de la trompe gauche fut très laborieux; la tumeur plongeait dans le bassin et s'enfonçait, déprimant le cul-de-sac de Douglas, à plusieurs centimètres en arrière et en dedans de la paroi vaginale postérieure. Après bien des efforts la tumeur fut enlevée ; toute la paroi pelvienne était largement dépéritonisée. Drainage vaginal ; péritonisation par cloisonnement vésico-recto-sigmoïdien ; badigeonnage du péritoine pelvien à l'huile camphrée ; fermeture du ventre en un plan au fil d'argent.

Les suites opératoires furent des plus simples; la température ne dépassa pas 37°,5, le pouls 90. Rien ne vint interrompre la guérison normale, et la malade quitta l'hôpital le 24me jour après l'opération, complètement rétablie et ne souffrant plus.

Examen de la pièce. — Les parties enlevées comprennent l'utérus et les annexes. L'utérus est petit, légèrement atrophié ; il mesure 7 centimètres de longueur sur 4^{cm},5 de largeur. Sa cavité renferme du mucus, légèrement strié de sang, surtout au niveau de la corne droite. Les annexes gauches, trompe et ovaire, sont normales. La trompe droite, siège de la tumeur, mesure 9 centimètres de longueur sur 7 de largeur. Elle a une forme à peu près cylindrique, allongée de haut en bas ; la pression fait sourdre par l' « ostium uterinum » un liquide visqueux, légèrement teinté de sang, et qui rappelle le contenu des kystes multiloculaires de l'ovaire. La paroi externe de la trompe est lisse ; bien qu'elle porte la trace du décollement laborieux qui l'a isolée, elle n'est nulle part perforée. Elle présente des irrégularités de surface, des noyaux durs intrapariétaux.

L'intérieur de la trompe ainsi distendue est rempli par des masses papillomateuses, des végétations papillaires, adhérentes aux parois tubaires et remplissant toute la cavité distendue. C'est un véritable chou-fleur, découpé à l'infini, et, dont la base, non isolable, est implantée sur toute la surface de la trompe. Le sommet des végétations papillaires baigne dans un liquide visqueux, légèrement sanguinolent.

A la coupe, on constate que la paroi tubaire est épaissie, fibreuse, et qu'elle émet vers la lumière de l'organe des productions papillaires très découpées, dont les ramuscules s'enchevêtrent et se soudent çà et là, constituant un lacis inextricable. Ces papilles sont constituées par un axe conjonctivo-vasculaire, autour duquel se disposent des assises de cellules

épithéliales, en général régulièrement disposées. En certains endroits, la prolifération épithéliale est telle que les espaces interpapillaires sont absolument comblés par l'accumulation des éléments épithéliaux atypiques. Nulle part cependant on ne voit les axes conjonctifs envahis par des boyaux épithéliaux, qui ne font que les revêtir. Il s'agit là, en somme, d'une structure papillaire type; la tumeur enlevée est un papillome de la trompe.

Si l'on parcourt les traités de gynécologie, si l'on consulte les monographies spéciales relatives aux tumeurs des trompes, on constate que les tumeurs primitives de l'oviducte sont d'une très grande rareté. Peut-être, comme le fait remarquer Lecène (1), l'examen histologique systématique de toutes les vieilles lésions salpingiennes fera-t-il découvrir des néoplasmes là où on aurait admis l'existence de vieilles lésions inflammatoires. Jusqu'ici néanmoins, surtout si on en compare la fréquence avec celles des tumeurs de l'utérus et des ovaires, les tumeurs de la trompe restent des raretés. Dans une statistique publiée dans le vol. VI de *The Journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire* (p. 285), Alban Doran, en faisant abstraction des sarcomes, des tumeurs mixtes et des chorio-épithéliomes, et en retenant seulement les tumeurs épithéliales pures, n'avait pu en rassembler que 62 cas; dans une seconde statistique, publiée en 1910, dans le volume XVII, page 1, du même journal, cet auteur en rassemblait 100 cas, auxquels s'ajoutaient quelques cas douteux, incomplètement décrits au point de vue microscopique, comme ceux de Lvow (2), Roche (3), d'Anna (4), et Borgna (5). Aux 100 cas recueillis par Alban Doran, on peut encore ajouter quelques cas récents, de Legg (6), Walter Tate (7), Herbert R. Spencer (8),

(1) Lecène. Épithélioma primitif de la trompe. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. VI; juillet 1909, p. 418 à 425.

(2) Lvow. Wratsch., 1903, n° 35, cité par Alban Doran. (Primary Cancer of Fallopian tube. *The journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire*, t. XVII, p. 12, 1910).

(3) Roche. Carcinome primitif de la trompe, utérus fibromateux. *Journal de méd. de Bordeaux*, 1er mars 1903.

(4) d'Anna. Epithelioma primitivo della tromba. *Archivio e atti della Societa italiana di chirurgia*, 1896, pp. 699 et 707.

(5) Borgna. Un caso di epithelioma primitivo della tuba. *Giorno di Gin. et di Ped. Torino*. N° 24, p. 394.

(6) Legg. A case of malignant Papilloma of the Fallopian Tube. *The journal of Obstetrics and Gynæcology of the British Empire*, vol. XVII, p. 38, 1910.

(7) Walter Tate. Primary carcinoma of the Fallopian Tube associated with acute Inflammatory Mischief. *The journal of Obst. et Gynæcol. of the British Empire*. Vol XVII, p. 30, 1910.

(8) Herbert Spencer. Three Cases of Primary Cancer of the Fallopian Tube. *The journal of Obst. et Gynæcol. of the British Empire*, vol. XVII, p. 30, 1910.

Glendining (1), Siegfried Boxer (2), Montgomery (3); il n'en reste pas moins que les tumeurs épithéliales primitives de la trompe sont fort rares.

C'est entre 45 à 50 ans, c'est-à-dire aux environs de la ménopause, qu'on rencontre le plus grand nombre des tumeurs de la trompe. Deux malades avaient dépassé la soixantaine (Alban Doran) (*loc. cit.*) deux autres soixante-dix ans; dans un cas de Hare (4), la malade n'avait que 29 ans; dans un cas de Norris (5), seulement 27; on ne connaît pas de tumeur primitive de la trompe développée sur un individu plus jeune.

Huit seulement des tumeurs rassemblées par A. Doran se sont développées sur des femmes stériles; d'après cet auteur, les femmes ayant eu beaucoup d'enfants seraient plus souvent frappées. Une circonstance étiologique très importante est constituée par les inflammations salpingiennes antérieures. Bien qu'on ne puisse soutenir que les papillomes de la trompe soient toujours la conséquence de salpingites anciennes, les faits démontrent que dans la grande majorité des cas les papillomes se développent sur des végétations inflammatoires, dans de vieux pyosalpinx d'origine gonococcique ou puerpérale. 83 % des faits actuellement connus confirment cette importante donnée.

Au point de vue anatomo-pathologique, il faut faire remarquer que la tumeur est souvent bilatérale, dans un tiers des cas environ. Lorsqu'elle est unilatérale, elle affecte le côté droit ou le côté gauche avec une égale fréquence. Ses dimensions sont naturellement très variables; tantôt c'est une simple trouvaille anatomique au cours de l'examen histologique d'un pyosalpinx ancien ; tantôt la tumeur atteint, comme dans notre cas, les dimensions du poing; parfois même elle forme une volumineuse tumeur abdominale (Alban Doran). L' « ostium uterinum » reste le plus souvent perméable, ainsi que le prouve la fréquence des pertes séro-sanguinolentes intermittentes dans ces cas; l'ostium

---

(1) Glendining. A note on the Spread of Carcinoma by the Fallopian tube. *The journal of Obst. et Gyn. of the British Emp.*, vol. XVII, p. 24, 1910.

(2) Siegfried Boxer. *Monatschrift für Geb. und. Gyn.* Nov. 1909.

(3) Montgomery. Primary Carcinoma of the Fallopian tube. *Journ. Amer. med. Association*, LVII, p. 1417, 1911.

(4) Hare. *Boston med. and surg. Journal*, 25 mai 1905.

(5) Norris. Primary Carcinoma of the Fallopian tube. *Surgery, gynæcology and Obstetrics*, vol. VIII, 1909, p. 272.

abdominal se forme au contraire dans les premiers stades de développement de la tumeur. La rareté extrême des propagations péritonéales et de l'ascite corrobore cette donnée anatomique. Dans quelque cas, il existait en même temps un fibrome utérin ou une tumeur kystique de l'ovaire. Ries (1) a le premier attiré l'attention sur la coexistence du fibrome utérin et du papillome de la trompe. Cette coexistence se retrouverait dans 9 % des cas. On trouverait la coexistence de tumeurs kystiques de l'ovaire et de papillomes tubaires dans la même proportion.

Les examens histologiques de ces tumeurs montrent qu'il s'agit presque toujours de tumeurs papillaires. Tantôt c'est un papillome typique, tantôt c'est un papillome atypique, avec envahissement du tissu conjonctif par les éléments épithéliaux. Les renseignements histologiques donnés par les auteurs qui ont publié leurs faits, sont d'ailleurs loin d'être précis. Dans la plupart des cas, il est parlé de « cancer » de la trompe, de « cancer papillaire », d'épithélioma, d'adéno-carcinome.

Au point de vue clinique, les tumeurs épithéliales de la trompe ont une évolution relativement lente. Si dans quelques cas les malades ont réclamé les secours de la chirurgie un mois, six semaines, trois mois, quatre mois après le début des symptômes, dans bien des cas, les douleurs et les pertes duraient depuis plusieurs mois, voire plusieurs années, quand l'indication opératoire fut posée. Les deux symptômes cardinaux qui caractérisent les épithéliomes papillaires de la trompe sont les douleurs et les pertes séro-sanguinolentes. La douleur est le symptôme dominant dans les deux tiers des cas. Elle peut être sourde et continue, ou aiguë et intermittente. Elle est d'ailleurs toujours exacerbée au moment des époques. Si la douleur peut être due à la compression ou à l'envahissement d'organes voisins, du rectum, comme dans un cas rapporté par Alban Doran, elle est en général due à la distension de la trompe par les produits de sécrétion de la tumeur, quand l' « ostium uterinum » vient à être momentanément ou définitivement obstrué. L'analyse minutieuse des observations montre qu'il y a un balancement très net entre l'apparition des douleurs aiguës et l'apparition des pertes séro-sanguinolentes.

(1) Ries. Primary Papilloma and Primary Carcinoma of the Fallopian tube. *Journal of the American med. Association*, vol. XVIII, 1897, p. 962.

Ces pertes constituent le second grand symptôme qui permet de diagnostiquer les tumeurs épithéliales de la trompe. Elles surviennent d'une façon continue ou intermittente dans la presque totalité des cas. Tantôt il s'agit de pertes sanguines peu abondantes et continues ; tantôt de pertes séreuses, à peine teintées de sang, tantôt de pertes sanieuses et fétides. Dans certains cas, ces pertes ne surviennent que par intervalles, plus ou moins éloignés, sous forme de véritables décharges, coïncidant avec la cessation des douleurs.

A ces deux grands symptômes s'ajoutent peu à peu les symptômes généraux qui accompagnent l'évolution des néoplasmes abdominaux et pelviens.

Les symptômes physiques sont, par contre, assez peu marqués. Ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'on peut percevoir, par le palper bimanuel, une tumeur le plus souvent pelvienne, rarement abdomino-pelvienne. La tumeur tubaire est parfois marquée par l'existence concomittante d'un fibrome utérin ou d'un kyste ovarique. Un symptôme exceptionnel, qui n'a été noté que dans deux cas, est l'ascite, due vraisemblablement à la propagation au péritoine par l'ostium abdominal demeuré perméable, de la néoplasie épithéliale tubaire. Dans un cas remarquable de Violet, un myxo-sarcome tubaire, qui en réalité ne doit pas rentrer dans les éléments de cette courte étude, provoquait à la fois de l'ascite, une tumeur salpingienne et des flux séreux vaginaux intermittents.

Aussi c'est surtout par l'analyse minutieuse des symptômes fonctionnels, qu'on fera le diagnostic de tumeur primitive de la trompe. Jusqu'à ce jour, ce n'est guère qu'au cours d'une opération entreprise pour une soi-disant annexite, ou même après, sous le microscope, que le diagnostic a été porté. Qu'on pense à l'existence de ces tumeurs, qu'on donne aux douleurs et au flux leucorrhéique intermittent la valeur séméiologique que les observations connues semblent devoir leur attribuer et on pourra, à notre avis, diagnostiquer ces rares et intéressantes tumeurs.

Un tel diagnostic n'est pas sans importance au sujet de la conduite que devra adopter le chirurgien. L'étude des observations publiées montre en effet que le traitement de choix de cette affection est la castration totale, dont les résultats immé-

diats et éloignés se sont montrés bien supérieurs à ceux de la salpingectomie unilatérale ou bilatérale. Quatorze hystérectomies abdominales totales rapportées dans la statistique d'Alban Doran n'ont donné aucune mort opératoire, tandis que dix-huit salpingectomies sans hystérectomie ont donné deux morts immédiates. Les résultats éloignés plaident aussi en faveur de la castration totale. La récidive est infiniment plus rare qu'après l'ablation simple des annexes, et on connaît des cas de guérison datant de quatorze mois, trois ans, huit ans. Les tables d'Alban Doran prouvent à l'évidence que l'hystérectomie abdominale totale est le complément nécessaire, indispensable de l'ablation des annexes néoplasiques.

II

Gangrène utérine traumatique d'origine abortive

Par M. JOB.

Je vous rapporte, sur les conseils de mon maître M. le Pr Herrgott, l'émouvante histoire d'une malheureuse femme venue à la Maternité atteinte d'une forme rare d'une affection elle-même peu commune de gangrène utérine d'origine traumatique.

Un mercredi, à 10 heures du matin, arrive une femme qui vient à pied dans le service ayant parcouru péniblement 500 mètres environ, appuyée au bras d'une voisine complaisante.

Elle nous raconte qu'enceinte pour la 5e fois de 6 semaines environ, elle a ressenti la veille à 3 heures de l'après-midi sans motif apparent une douleur abdominale brusque, violente et généralisée. Depuis les douleurs persistent, elle a vomi assez fréquemment et aurait expulsé déjà à 9 heures du soir un petit fœtus qu'elle indique d'une longueur de 6 centimètres environ, dans la nuit elle aurait perdu des caillots abondants.

A l'examen de cette femme, venue déjà à la Maternité lors de son dernier accouchement et dont les antécédents gynécologiques ne présentent rien de particulier, on est frappé par son facies spécial. Les traits sont tirés, le nez froid, les yeux sont excavés, le teint gris. La température axillaire est de 37°,7 le pouls bat à 114 à la minute.

Les douleurs abdominales sont intenses, toute palpation les exagère, le ventre est dur, non dépressible, il semble peut-être exister une légère matité dans le flanc droit.